IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 10)

z dnia 22 marca 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 10)

22 marca 2022 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat systemu opieki nad osobami starszymi oraz działań podejmowanych na rzecz zwiększenia liczby lat przeżytych przez Polaków w zdrowiu.

W posiedzeniu udział wzięli: **Justyna Pawlak** dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej i **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, **Dariusz Poznański** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Tomasz Targowski** krajowy konsultant ds., **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dzień dobry. Witam i otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Witam członków podkomisji, zaproszonych gości. Witam serdecznie państwa.

Informuję, że posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Przed przystąpieniem do pracy sprawdzimy kworum. W związku z tym proszę posłów, którzy są na sali, o naciśnięcie dowolnego przycisku, a posłów którzy są zdalnie, proszę o zdalne zagłosowanie.

Nie będziemy jeszcze zamykali głosowania kworum, żeby jeszcze nasi… Kworum zresztą już mamy potwierdzone przez pracowników podkomisji, więc możemy rozpocząć.

Proszę państwa, tematem naszego dzisiejszego posiedzenia jest informacja na temat systemu opieki nad osobami starszymi oraz działań podejmowanych na rzecz zwiększenia liczby lat przeżytych przez Polaków w zdrowiu. Temat bardzo ważny, bardzo aktualny, ponieważ 2020 i 2021 r. był bardzo trudnym okresem, kiedy byliśmy w sytuacji pandemicznej w związku z pandemią wirusa SARS-CoV-2. Osoby starsze, czyli po 60. roku życia, co wynika z ustawy o osobach starszych z 2015 r., były szczególnie narażone na kłopoty i dolegliwości związane z pandemią. Zresztą w dalszym ciągu trwa ten zły okres, ponieważ ograniczanie dostępności do usług medycznych, konieczność izolacji powodowały, że te osoby były mocno pokrzywdzone i z większą podatnością na wirusa, również w związku z chorobami współistniejącymi i tymi wszystkimi konsekwencjami.

Chciałem tylko – informacyjnie – powiedzieć, że na koniec czerwca 2021 r. liczba Polaków wynosiła 38 162 000, a grupa osób starszych, o której będziemy mówili, stanowiła w 2020 r. prawie 10 mln, a dokładnie – 9,8 mln. Jesteśmy jednym z najszybciej starzejących się krajów w Europie. Perspektywa, o której musimy mówić, jest dosyć trudna, ponieważ do 2050 r. Polska będzie coraz starsza, a jednocześnie będzie się niestety też wyludniała, bo wszystkie opracowania mówią, że w 2050 r. nasza populacja może liczyć nawet do 4,5 mln obywateli mniej niż w 2020 r. Proces naszego starzenia się rozpoczął się już kilkanaście lat temu. Dla informacji – w 2005 r. udział osób starszych stanowił w Polsce 17% całej populacji, w 2015 r. już 23%, a w 2020 r. prawie 26%, czyli co czwarty

Polak jest w wieku powyżej 60. roku życia. Jednocześnie przewidywany okres dalszego trwania życia w ciągu ostatnich dwóch lat skrócił się też o kilka, kilkanaście miesięcy. Dotyczy to zwłaszcza mężczyzn, ale również i populacji kobiet. Wyzwania, które są przed nami, dla osób starszych, czyli po 60. roku życia, są olbrzymie. Zwłaszcza będzie to dotyczyć ochrony zdrowia i polityki społecznej, również spraw socjalnych i społecznych. Są to koszty, o których głośno nie mówimy, ale oczywiście są policzone. W 2020 r. taki dosyć symptomatyczny wskaźnik – mówiący o tym, że na leczenie szpitalne osób po 60. roku życia Narodowy Fundusz Zdrowia wydał ponad 55% wszystkich środków na leczenie szpitalne, co stanowiło olbrzymie obciążenie. Jeżeli chodzi o świadczenia ambulatoryjne, specjalistyczne – prawie 48%.

Drugi taki ważny wskaźnik mówiący o refundacji leków – wiadomo, że osoby w wieku po 60. roku życia korzystają częściej z leków refundowanych. W 2020 r. na refundację leków było prawie 6 mld zł, co stanowiło ponad 63% wszystkich kosztów leków refundowanych. Opieka hospicyjna i paliatywna – to też jest oczywiste i logiczne, że stanowi duży udział w kosztach funduszu zdrowia – w 2020 r. też ponad 80% wszystkich kosztów opieki hospicyjnej i paliatywnej.

Z tego powodu poprosiliśmy dzisiaj o przedstawienie informacji, o sprawozdanie – tak Ministerstwo Zdrowia, jak i Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Otrzymaliśmy wszystkie materiały na nasze poczty mejlowe. Co prawda trochę późno, bo wczoraj otrzymaliśmy olbrzymi materiał z Ministerstwa Zdrowia, ale mam wyrażenie, przekonanie, że wszyscy członkowie i osoby, które są zaproszone i chciały dzisiaj brać udział, zapoznały się z tym materiałem.

W związku z tym, proszę państwa, przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Tylko dla potwierdzenia ważności naszego spotkania informuję, że wpłynęły upoważnienia dla pana Dariusza Poznańskiego, pana dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, do reprezentowania ministra zdrowia na posiedzeniu oraz dla pani Lidii Ułanowskiej, pani dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, do reprezentowania ministra rodziny i polityki społecznej na posiedzeniu podkomisji. W związku z tym przystąpimy do realizacji naszego porządku obrad.

Bardzo proszę przedstawiciela ministra zdrowia o przedstawienie informacji. Poprosiłbym w takim dobrym czasie, ponieważ to jest bardzo obfity materiał, który mógłby zająć nam całe popołudnie aż do późnych godzin wieczornych. Tak że bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Absolutnie nie mam takiego zamiaru, żeby czytać państwu cały materiał. Nawiązując do wprowadzenia pana przewodniczącego – dłuższe życie Polaków z jednej strony jest oczywiście na pewno dużym wyzwaniem dla systemu zabezpieczenia społecznego, dla systemu ochrony zdrowia, ale jednak jest też sukcesem polityki publicznej w ostatnich latach. Wiemy, co wpływa na oczekiwaną długość życia – z perspektywy zdrowia publicznego to podstawowe grupy czynników ryzyka, czyli styl życia i zachowania prozdrowotne, antyzdrowotne według tamtych klasycznych koncepcji. To wpływa w ponad 50% na to, jaki mamy stan zdrowia. Kolejne grupa czynników to środowisko, w jakim żyjemy, kwestia genetyki i w na końcu – chociaż nie najmniej istotna – jest też oczywiście ochrona zdrowia. Jeżeli już rozwiniemy jakieś jednostki chorobowe, to to ma ewidentny wpływ na to, czy uda nam się podtrzymać i odzyskać zdrowie.

Z rzeczy, które dzisiaj chciałem przedstawić, to będą takie podstawowe rzeczy, które staramy się realizować w Ministerstwie Zdrowia od lat jako taką stałą aktywność. To po prostu wzmocnienie publicznego systemu ochrony zdrowia, jeżeli chodzi o zasoby infrastrukturalne, kadrowe, poziom finansowania. Również rozeznanie, jeżeli chodzi o sytuację zdrowotną, ustalanie określonych priorytetów zdrowotnych. Myślę, że chyba w tym gronie nie trzeba zbyt dużo wspominać na temat wyzwań demograficznych, więc to może pominę.

Natomiast jeżeli ktoś jest bardziej zainteresowany profilem zdrowotnym naszego społeczeństwa, to w ubiegłym roku zakończyło się duże badanie sytuacji stanu zdrowia osób starszych wykonane na grupie ponad 6 tys. osób. To nie byli tylko pacjenci, ale po prostu taka reprezentatywna grupa populacji. Jest to tzw. badanie PolSenior2. Tutaj chcieliśmy ponowić to badanie, które poprzednio było zrealizowane w 2014 r., żeby zobaczyć, jak wygląda zmiana sytuacji zdrowotnej. Wyniki przekładają się – i będą się przekładać – na to, co z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia będzie najbardziej istotne w naszych bieżących i przyszłych działaniach. To jest zespół słabości, czyli współistnienie kilku czynników ryzyka i stanów przewlekłych, które są takim silnym reduktorem niepełnosprawności. Ono występuje u 16% seniorów, a zagrożenie rozwinięcia tego zespołu – u ponad połowy osób po 60. roku życia. W starości niestety bardzo często towarzyszy nam ból – taki stan medyczny, który upośledza jakość życia. Jego występowanie w badaniu zgłaszało 52% kobiet i 41% mężczyzn.

Kolejnym wyzwaniem są również choroby otępienne, których rozpowszechnienie w tym badaniu szacuje się na 16% osób w wieku powyżej 60. roku życia. Natomiast pewnego rodzaju łagodne zaburzenia poznawcze występują u kolejnych 17%, więc ta fala wraz ze starzeniem się polskiego społeczeństwa, która… Wiemy, że to jest schorzenie skorelowane bezpośrednio z wiekiem. Ta liczba na pewno będzie nam rosła.

Wśród osób starszych występuje też często wielochorobowość, choroby układu krążenia, nadciśnienie, choroby endokrynologiczne, metaboliczne i klasyczne problemy geriatryczne. Od lat jest mechanizm, który zauważa, że osoby starsze wymagają większej atencji w gabinecie. Lekarze i pielęgniarki POZ mają odpowiednio większą stawkę kapitacyjną za osobę powyżej 65. roku życia. Jeżeli chodzi o pacjentów z wielochorobowością – jest to trzykrotna lub ponadtrzykrotna stawka. To jest po to, żeby zrekompensować lekarzowi POZ to, że jednak takiej osobie musi poświęcić więcej uwagi na bardziej właściwe komunikowanie się z pacjentem, zdiagnozowanie tych różnych schorzeń, które występują jednocześnie, i też żeby móc zrobić taki przegląd produktów leczniczych, które są stosowane, żeby unikać po prostu polipragmazji, polifarmakoterapii, czyli stosowania wielu leków, spośród których niektóre mogą mieć negatywne interakcje.

Państwo też pewnie wiedzą, że w stosunku do leków jest specjalny mechanizm refundacyjny – w zasadzie bezpłatnych wybranych produktów leczniczych najważniejszych dla osób po 75. roku życia. W ciągu pięciu lat funkcjonowania tego programu dotychczas przeznaczyliśmy na dopłatę do leków 3,5 mld zł. Z tego programu skorzystało 3,4 mln pacjentów po 75. roku życia. Wydano 320 mln opakowań leków. Lista leków refundowanych w tym mechanizmie jest cały czas uzupełniana. Była już zmieniana ośmiokrotnie.

Oprócz POZ i leków bardzo ważna jest dla nas też kwestia opieki długoterminowej, czyli w tym momencie życia, kiedy ktoś wymaga już pomocy innej osoby w samodzielnym funkcjonowaniu i opieki medycznej. Patrzymy na to zarówno pod kątem konieczności zapewnienia odpowiedniej kadry medycznej, uzupełniania tej oferty o nowe zawody, jak opiekunowie medyczni, doszkalania kadry medycznej, zachęcania do odpowiednich specjalizacji, do określania takich priorytetowych specjalizacji czy też różnych zachęt, żeby lekarze pozostawali w Polsce, w naszym systemie ochrony zdrowia, żeby nie tracić ich na rzecz innych państw.

Finansujemy też obowiązkowe dyżury lekarzy rezydentów, zwiększamy miejsca na kierunkach lekarskich. W porównaniu z 2015 r. limit przyjęć na kierunek lekarski został zwiększony o prawie 3 tys. miejsc. Teraz mamy rocznie ponad 9 tys. miejsc, więc te zmiany będą widoczne w najbliższych latach, kiedy coraz większa liczba lekarzy będzie opuszczać nasze uczelnie medyczne. Żeby ułatwić dostęp do opieki medycznej, zwiększamy też uprawnienia pielęgniarek i położnych, dzięki czemu mogą wystawiać recepty na wybrane produkty lecznicze, z wyjątkiem na przykład leków psychotropowych. Również pielęgniarki i położne mogą wystawiać zlecenia na wybrane wyroby medyczne, jeżeli ukończyły kurs w tym zakresie, i kierować pacjentów do odpowiednich badań diagnostycznych. Pielęgniarki POZ mogą też w ramach swoich uprawnień wystawiać recepty dla pacjentów 75+. Jest również taka porada pielęgniarki i położnej w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jeżeli chodzi o chirurgię, kardiologię i diabetologię.

To są takie podstawowe rzeczy, nad którymi pracujemy. Musi być odpowiednio wykwalifikowana, liczna kadra medyczna, żeby odpowiadać na zwiększające się potrzeby osób starszych. Te działania są również podejmowane cyklicznie w różnych zakresach świadczeń; jest podnoszona wycena świadczeń gwarantowanych, żeby to po prostu nadążało za realiami rynkowymi i zachęcało do udzielania tych świadczeń. Oczywiście stan zdrowia to nie tylko medycyna, lekarze i pielęgniarki, ale przede wszystkim są to zachowania zdrowotne. Na tyle, na ile się da oczywiście, nie wolno rezygnować – niezależnie od wieku – z dbałości o własne zdrowie. Nie można tego scedować wyłącznie na system ochrony zdrowia, więc działania edukacyjne profilaktyczne również są podejmowane. Takim kręgosłupem naszych działań prozdrowotnych jest „Narodowy program zdrowia", takie rozporządzenie Rady Ministrów, które definiuje podstawowe grupy czynników ryzyka, czyli dietę, aktywność fizyczną, uzależnienia, priorytetową kwestię zdrowia psychicznego. W odniesieniu do populacji to właśnie osoby starsze i kwestia zdrowia prokreacyjnego – bo jeżeli mówimy o strukturze demograficznej, to nie możemy też zapominać, że ilość urodzeń wpływa po prostu na tę strukturę – są dla polityki publicznej i polityki ochrony zdrowia niezwykle istotne.

Jest kilka działań, o których należy wspomnieć. Prowadzimy działania w obszarze zaburzeń psychicznych, zaburzeń afektywnych, otępiennych, mając na uwadze rozpowszechnienie – obecne i prognozowane – Alzheimera i innych chorób otępiennych. Takie osoby mogą korzystać ze wsparcia w centrach zdrowia psychicznego. Przygotowujemy też działania na rzecz wczesnego wykrywania i przyspieszonej, usprawnionej diagnostyki zaburzeń otępiennych. Jeżeli chodzi o pakiet badań profilaktycznych, to osoby starsze jak najbardziej mogą korzystać z takiego darmowego pakietu badań diagnostycznych. On się nazywa Profilaktyka 40+, ale oczywiście osoby 60+ czy 65+ są jak najbardziej do takiego programu uprawnione.

Z nowych ogólnopolskich inicjatyw, które populacyjnie też będą miały wpływ na osoby starsze i wchodzące w ten wiek, to będzie na pewno nowa strategia, którą przygotowujemy – narodowy program chorób układu krążenia, czyli taka strategia kardiologiczna. Pracujemy też nad tym, żeby jak najbardziej ułatwić dostępność dla osób, które są cyfrowo kompetentne, żeby mogły korzystać z nowych rozwiązań za pośrednictwem czy to internetowego konta pacjenta, e-recepty, e-skierowania, rejestracji. Jeżeli ktoś nie mieszka dużej aglomeracji, to takie rozwiązania przy współpracy na przykład członków rodziny z pewnością mogą ułatwić uzyskanie odpowiedniego wsparcia medycznego.

Funkcjonuje również domowa opieka medyczna, czyli system zdalnego monitorowania pacjentów. Głównie był przewidziany covidowo, natomiast tam są też realizowane programy pilotażowe – projekt e-stetoskop i projekt opasek telemedycznych w POZ, właśnie do takiego zdalnego monitorowania. Niedawno został też uruchomiony pilotaż w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Telemedycyna będzie się rozwijać, też jako uzupełnienie wsparcia medycznego obok nocnej świątecznej pomocy lekarskiej. Jest taka telefoniczna czy online teleplatforma pierwszego kontaktu, która jest dostępna poza godzinami pracy podstawowej opieki zdrowotnej, czyli po godzinie 18:00 do godziny 8:00 rano, z której też można korzystać.

Z takich rzeczy – bo tutaj oczywiście można by jeszcze dużo mówić o takich projektach, inicjatywach – jest dla nas ważne podejście profilaktyczne, ale nie zapominamy, że musi być kompleksowa, szybka, adekwatna diagnostyka i właściwa pomoc medyczna, adekwatna do sytuacji zdrowotnej. Te wszystkie rzeczy mamy uwadze. Jest to wpisane w szereg strategii – czy to już obowiązujących, czy projektowanych.

Jeżeli chodzi o przyszłą perspektywę unijną – też przymierzamy się tutaj, żeby jak najbardziej efektywnie wykorzystać te środki, na które liczymy. Jest oczywiście pozytywna odpowiedź Komisji Europejskiej, która jako jeden ze swoich priorytetów stawia właśnie deinstytucjonalizację, czyli takie jak najlepsze podejście do potrzeb pacjenta, jak najbliżej jego miejsca zamieszkania.

Dziękuję bardzo. Jesteśmy otwarci na pytania.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Tylko jak to się przełoży na stan zdrowia Polaków i długość lat przeżytych w zdrowiu, to na razie nie możemy tego ocenić, bo to chyba jest za krótki okres. A przede wszystkim mamy też mało lekarzy, mało geriatrów, mamy mało poradni geriatrycznych, mamy mało oddziałów geriatrycznych. Dużo o tym mówimy. To jest chyba też głównie problem kadrowy. Czy te oddziały mają powstawać, czy też pacjent geriatryczny powinien być w oddziałach internistycznych, chorób wewnętrznych w szpitalach – także ten problem nie został rozwiązany, a kadrowo to jeszcze wiele lat minie, zanim wykształcimy geriatrów, bo nie jest to bardzo popularna specjalizacja dla młodych ludzi.

Chciałem teraz prosić panią dyrektor, przedstawiciela Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, o przedstawienie w podobny sposób sprawozdania, informacji. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej Lidia Ułanowska:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, z upoważnienia naszych ministrów reprezentujemy tutaj dwa obszary – aktywne starzenie i system opieki nad osobami starszymi. Jest ze mną, w formie zdalnej, pani Justyna Pawlak. Nie mogła być z nami osobiście, ponieważ koordynuje obfite działania, które musimy teraz prowadzić w związku z kryzysem, jaki zdarzył się w naszym kraju. Pozdrawiamy panią dyrektor serdecznie. Przygotowany przez panią dyrektor materiał pozwolę sobie scharakteryzować jako pierwszy.

W naszym ministerstwie są dwa departamenty. Departament Pomocy i Integracji Społecznej koordynuje, nadzoruje i realizuje wszystkie zadania z zakresu ustawy o pomocy społecznej, działając we współpracy z samorządami – głównie gminnymi, powiatowymi, ale także z regionalnymi ośrodkami polityki społecznej, czyli są to szerokie działania zawarte i opisane w ustawie o pomocy społecznej. W materiale zawarliśmy także działania realizowane przez pełnomocnika rządu do spraw osób niepełnosprawnych, ale dzisiaj skupię się – zgodnie z tematem naszego posiedzenia – na opisie i charakterystyce systemu pomocy społecznej dla osób starszych. Wskażę na te programy, które są najbardziej reprezentatywne dla takiego paradygmatu, który teraz, w związku ze starzeniem się społeczeństwa, funkcjonuje, a więc aktywne starzenie. Myślę, że wyczerpie to potrzeby naszego dzisiejszego posiedzenia.

W związku z tym rozpocznę tak, jak w hierarchii ustawy i w życiu człowieka te potrzeby u osób starszych występują. Są to usługi opiekuńcze i usługi specjalistyczne pełnione w miejscu zamieszkania przez opiekunki, które są zatrudniane z kolei przez samorządy gminne. Te usługi są również rozwijane i wspomagane przez dodatkowy program rządowy, znany zapewne państwu pod nazwą Opieka 75+. Chcieliśmy, aby usług było coraz więcej i aby samorządy mogły sięgać po środki i rozwijały tę najpotrzebniejszą w dobie deinstytucjonalizacji formę usług. Usługi opiekuńcze obejmują zaspakajanie niezbędnych potrzeb życiowych – takich, które są potrzebne każdej osobie w miejscu zamieszkania, więc sprzątanie, pranie, zakupy, przyrządzanie bądź dowożenie posiłków, a także usługi specjalistyczne. Te z kolei są już dostosowane do specyficznych potrzeb i są realizowane przez wyżej wykwalifikowany personel.

Dane statystyczne, które będę tutaj przytaczać, dotyczą 2020 r., bo sprawozdania z 2021 r. będziemy mieli dopiero za jakiś czas. Na kolejnych spotkaniach będziemy uzupełniać. Dane z 2020 r. pokazują, że jeśli chodzi o usługi przyznawane w trybie postępowań administracyjnych, wydano decyzje dla 113 tys. osób, w tym dla prawie 6 tys. osób w formie usług specjalistycznych, natomiast 14 tys. przyznano pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych. Na ten cel w 2020 r. wydano 134 mln zł. Usługi wspomagane programem Opieka 75+ polegają na tym, że samorządy mogą ubiegać się o środki na rozwój tej formy, czyli dzięki rządowemu programowi mogą rozwijać świadczenie usług dla swoich mieszkańców, dla swoich seniorów.

Drugi duży obszar działań to usługi opiekuńcze i specjalistyczne, ale już świadczone nie w miejscu zamieszkania, nie w mieszkaniu seniora, tylko w ośrodkach wsparcia. Te usługi to usługi opiekuńcze świadczone w dziennych domach pomocy, w ośrodkach

wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i środowiskowych domach samopomocy, klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Prowadzenie ośrodków wsparcia tego typu to zadanie własne gminy. Jeśli chodzi o dzienne domy pomocy, to na koniec 2020 r. w Polsce funkcjonowało 495 dziennych domów pomocy z ponad 20 tys. miejsc. Jeśli chodzi o środowiskowe domy pomocy, także dla osób z chorobą Alzheimera, z programami dla osób z chorobami otępiennymi – na koniec 2020 r. funkcjonowało 844 środowiskowych domów z liczbą ponad 31 tys. miejsc.

Całodobowe wsparcie może być świadczone w mieszkaniach chronionych lub w rodzinnych domach pomocy. Jeżeli chodzi o mieszkania chronione, to na koniec 2020 r. mieliśmy 1 348 mieszkań chronionych na ponad 4 tys. miejsc, z których skorzystała taka sama liczba osób. Biorąc pod uwagę ten czas, kiedy zastanawiamy się, jak najbardziej zbliżać się do rozwoju usług w środowiskach, bardzo potrzebną formą okazują się także małe formy, właśnie mieszkania chronione oraz rodzinne domy pomocy. W Polsce mamy tylko 47 rodzinnych domów pomocy z 354 miejscami. Nasze ministerstwo w tym roku uruchomiło konkurs polegający na rozwoju tej formy, bo jest ona kameralna, mniejsza. Wydaje nam się, że lepiej wpisuje się w system. Będziemy rozwijać rodzinne domy pomocy, czyli takie formy od trzech do ośmiu osób pod opieką opiekunów.

Cała forma instytucjonalna, o której wiemy chyba najwięcej, najszerzej i ona nam się kojarzy właśnie jako znana i funkcjonująca od zawsze – to pomoc świadczona w domach pomocy społecznej. Na koniec 2020 r. w Polsce funkcjonowało 826 gminnych i ponadgminnych placówek z liczbą ponad 81 tys. miejsc. Są to placówki dla osób w podeszłym wieku, dla osób somatycznie chorych, dla osób somatycznie chorych i także niepoprawnych fizycznie. Na tym zamyka się ten komponent usług świadczonych w miejscu zamieszkania, usług świadczonych w placówkach dziennych i usług świadczonych w placówkach stacjonarnych.

Ponadto na podstawie tej samej ustawy o pomocy społecznej usługą dla seniorów z zakresu pomocy i opieki jest poradnictwo oraz świadczenia pieniężne. Tych świadczeń mamy tutaj bogatą kafeterię – jest to zasiłek stały dla osób, które nie mają własnych źródeł utrzymania, zasiłek celowy, który może być realizowany w okresach kwartalnych, może być zasiłek okresowy, który wspomaga inne formy – i o niego może się ubiegać każda osoba znajdująca się w trudnej sytuacji, która przeżywa okresowo niedobór środków i ma takie potrzeby.

Kolejną formą jest poradnictwo specjalistyczne. Rejestr jednostek poradnictwa specjalistycznego jest prowadzony przez wojewodów. Ma charakter jawny. Ta usługa jest dla seniorów bezpłatna. Kolejną ważną inicjatywą, także z obszaru pomocy społecznej, jest uruchomiony najpierw w 2020 r. program „Wspieraj seniora". To program, dzięki któremu seniorzy mogli pozostawać w domu i mieć zapewnioną usługę opiekunów, wolontariuszy organizacji pozarządowych. Na bazie tego doświadczenia w tym roku uruchomiliśmy program „Korpus wsparcia seniorów", który ma już dwa komponenty. Pierwszy, który dobrze się sprawdził, czyli usługi opiekunów – zastąpienie w tych aktywnościach, które mogłyby narażać seniorów na zarażenie koronawirusem. Drugi komponent, ten, na którym nam tak bardzo zależy – bardzo często rozmawiamy o nim przedstawicielami, z moimi kolegami z Ministerstwa Zdrowia – czyli rozwój teleopieki. Tutaj dla samorządów mamy też środki na wzbogacanie oferty usług o opaski życia, częściej nazywane także przyciskami życia, bo fachowcy powiadają, że chodzi tutaj o bogatą kafeterię, jaka obecnie jest na rynku, wszelkich form wspomagania seniorów, aby oni mogli zawiadamiać, że czują się gorzej. Chodzi też o detektory upadku. Wszystko, co sprawia, że senior mógłby być bezpieczny, i co wspomaga także opiekunów osób starszych. Na tym pozwolę sobie zamknąć tę część wynikającą z ustawy o pomocy społecznej.

Króciutko powiem o dwóch programach, które wprost wpisują się w potrzeby dzisiejszego posiedzenia, czyli to, co państwo pozwolili sobie nazwać działaniami na rzecz zwiększenia liczby lat przeżytych przez Polaków. To nazywamy – w tym naszym nazewnictwie pomocowym – aktywnym starzeniem. Tu już nawet nie chodzi o tylko aktywizację seniorów, ale także o partycypację cyfrową i aktywność, o przeciwdziałanie stygmatyzacji osób starszych. Takie komponenty wzbogacono już o doświadczenia, bo te działania związane z rozwojem polityki senioralnej prowadzimy od 2012 r. w naszym kraju.

Dwa programy naszego ministerstwa. Pierwszy, polegający na rozwoju dziennych form wsparcia, zwany programem Senior+. Domy i kluby to też są ośrodki wsparcia, także wpisują się w ustawę o pomocy społecznej. Rzeczywiście w ciągu ostatnich lat dzięki dużemu budżetowi – do niedawna 80 mln, w tej chwili 60 mln rocznie – udało nam się do tej chwili stworzyć blisko 1 tys. placówek z 25 tys. miejsc dla seniorów, gdzie w pożyteczny i aktywny sposób seniorzy spędzają czas, ale mają też gorący posiłek, mają też poradnictwo, mają przede wszystkim integrację z osobami w tym samym wieku, a także działania międzypokoleniowe. Ten program kierowany jest do samorządów, realizowany jest co roku. W ubiegłym roku oczywiście znów cieszył się wielkim powodzeniem, a w tej chwili, kilka dni temu, został rozstrzygnięty. Znów mamy duże zainteresowanie. Co roku próbujemy zwiększyć ogólną pulę dziennych form wsparcia dla seniorów o co najmniej 100 placówek. Tegoroczny konkurs został rozstrzygnięty. W tej chwili samorządy przygotowują się do podpisywaniu umów z wojewodami. Liczymy, że ten rok także zakończy się pomyślną realizacją tego zadania.

Drugi program, znany pod nazwą Aktywni+, jest to program kierowany do organizacji pozarządowych z olbrzymim zapotrzebowaniem. Tutaj tzw. organizacje senioralne aplikują o środki. Konkurs prowadzony jest bezpośrednio przez departament w naszym ministerstwie. W związku z tym każda oferta przechodzi przez nasze ręce. Rzeczywiście bogactwo pomysłów projektów jest bardzo duże. Niemniej z racji puli środków – 40 mln zł rocznie – udaje nam się rocznie dofinansować około 300–350 projektów. Dotyczą one takich działań jak aktywizacja, partycypacja, rady seniorów, ale także poprawianie kompetencji cyfrowych osób starszych, bo działamy także w oparciu o dokument „Polityka społeczna wobec osób starszych" i staramy się tymi programami wypełnić podstawowe wyzwania zapisane tam w obszarze „Aktywny senior".

Dziękuję ślicznie.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa? Pani posłanka, bardzo proszę.

Poseł Monika Rosa (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Będę miała pytania do obu resortów, więc państwo wybaczą chaotyczność tej wypowiedzi. Natomiast aspektów do poruszenia jest bardzo wiele. Ja spróbuję się skupić na kwestii między innymi opieki długoterminowej.

Doskonale wiemy, że społeczeństwo polskie się starzeje, że coraz większy nacisk kładziony jest na rodziny, jeśli chodzi o opiekę nad osobami starszymi, osobami niesamodzielnymi, osobami z niepełnosprawnością. Jak informowały mapy zdrowotne na lata 2022–2026, w Polsce na miejsce w zakładach opiekuńczo leczniczych oczekiwało 8,6 tys. pacjentów, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych – 3 tys. pacjentów. Długość kolejki oczekiwania jest znaczna. Także według OECD udział osób w wieku od 65 lat wzwyż objętych opieką długoterminową był dziesięć razy niższy niż średnia krajów OECD, czyli zdecydowanie nisko. Mamy także bardzo niskie nakłady w porównaniu do krajów OECD na opiekę długoterminową. Stąd moje pierwsze podstawowe pytanie do obu resortów – czy planowane są zmiany w nakładach na opiekę długoterminową w sposób systemowy? To znaczy, jak proponują niektóre organizacje, na przykład dodatkowe ubezpieczenie czy dodatkowy, specjalny budżet, który będzie realnie wzrastał w związku z tym, że rosną i koszty życia, i koszty opieki, i koszty pracownicze, i koszty wszystkiego. Czy jest jakiś plan wzrostu tych wydatków, tak aby dogonić średnią krajów OECD w Polsce?

Moje kolejne pytanie dotyczy strategii deinstytucjonalizacji. Wiemy, że zarówno resort zdrowia, jak i resort opieki społecznej takie strategie opracowywały. Moje pytanie brzmi – czy to są strategie spójne? Czy była koordynacja i współpraca między oboma resortami, jeśli chodzi o strategię deinstytucjonalizacji? Wiem, że w polityce społecznej była jedna strategia, później zmieniana. Tutaj historia jest dość długa. Natomiast czy rzeczywiście w kwestii opieki długoterminowej te dwa resorty współpracowały przy tych strategiach?

Kwestia liczby osób niesamodzielnych. Jest ich w Polsce ponad 800 tys. Są to osoby, które są pod opieką opiekunów tzw. nieformalnych. Łączna grupa osób niesamodzielnych i opiekunów wynosi w Polsce około 2 mln. Pojawia się temat, jak długo rodziny będą w stanie opiekować się osobami niesamodzielnymi, osobami starszymi, biorąc pod uwagę, że po pierwsze, jest społeczeństwo starzejące się i te osoby też się starzeją, a po drugie, dlatego że jest to dla rodzin bardzo duże obciążenie i fizyczne, i psychiczne. Kwestia, z czego te osoby mogą korzystać. W ramach tzw. specjalnego zasiłku opiekuńczego otrzymują 620 zł. Chyba wszyscy rozumiemy, że jest to jednak kwota dość niska. Zwłaszcza że jest jeszcze obwarowana pewnymi warunkami – niskie kryterium dochodowe, pełna rezygnacja z aktywności zawodowej, obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego i brak uprawnień do świadczeń emerytalno-rentowych. To sprawia, że te osoby są zmuszone albo wypaść do rynku pracy… To znaczy – są zmuszone wypaść z rynku pracy. Doskonale wiemy, że kwota 620 zł nie zabezpiecza możliwości odpowiedniego, na wysokim poziomie funkcjonowania i opieki nad osobą starszą.

Opiekunowie medyczni. Wiemy, że zmieniło się rozporządzenie dotyczące zarówno długości kształcenia, jak i jakości tego kształcenia. Mamy także informacje o tym, że niektóre szkoły zrezygnowały z otwierania takich kierunków, właśnie ze względu na zmiany rozporządzenia. Moje pytanie – czy państwo wiecie, ile osób mniej zgłosiło się na takie kierunki w związku ze zmianą rozporządzenia, zmianą kształcenia i jak to może wpłynąć docelowo na rynek opieki, też opiekuna medycznego nad osobami starszymi? Doskonale wiemy, że brakuje kadr w Polsce – zarówno pielęgniarskich, jak i lekarskich. Szczególnie teraz, w kontekście kryzysu uchodźczego i tego, że do Polski będą przyjeżdżały osoby niesamodzielne, osoby z niepełnosprawnościami, także osoby starsze. Wiem, że to jest nowe pytanie, które trochę wykracza poza zakres, ale czy państwo jakoś przynajmniej szacujecie, o ile zwiększy zapotrzebowanie na opiekę nad osobami niesamodzielnymi, także na wykorzystanie instytucji do opieki nad tymi osobami? Do mnie trafiają cały czas zgłoszenia rodzin, które są niesamodzielne, albo osób z niepełnosprawnościami. Znalezienie miejsca w DPS albo mieszkania dostosowanego jest bardzo trudne. To jest ogromne wyzwanie, które jest przed nami. Mam tego pełną świadomość. Chciałam zapytać, czy istnieje – albo czy państwo może chcieliby stworzyć – funkcja koordynatora pomiędzy resortami. Wiemy, że ta opieka jest bardzo rozproszona, że brak jest spójnego systemu pomiędzy resortem zdrowia a resortem polityki społecznej. Mamy pielęgniarską opieką długoterminową, żywienie pozajelitowe, wspomaganie oddychania i część osób, które znajduje się albo w ZOL, albo właśnie w DPS. Jest to system znacznie rozproszony. Czy jakaś koordynacja między resortami nie byłaby wskazana?

Ostatnia kwestia, którą chcę poruszyć to jest kwestia – właściwie nie ostatnia – wycen. Wiemy, że te ceny się zmieniły – o ile ja ostatnio sprawdzałam – i to jest pytanie do resortu zdrowia o wyceny świadczeń podstawowych opieki długoterminowej, ale także o kwestię wentylacji, czy te wyceny się zmieniły. Wydaje mi się, że te wyceny zdecydowanie spadły, a ta wycena… Ile wynosi podstawowa wycena opieki długoterminowej? Chyba 30 zł, ale to jeśli pan byłby tak miły i mi jeszcze raz tę informację przekazał.

Kwestia mieszkalnictwa jeszcze. Te 4 tys. osób, które skorzystały z mieszkań chronionych, to jest mało. Wszyscy mamy tego świadomość. Mamy też świadomość tego, że bardzo dużo seniorów żyje albo w mieszkaniach w przeludnionych, albo w mieszkaniach, które są zupełnie nieprzystosowane – nawet do tego, żeby mogli wyjść z domu. To są mieszkania, które są wysokich piętrach, bez windy, mieszkania często niedostosowane, które zamykają osoby niesamodzielne w domach. Czy może we współpracy z samorządami państwo wiecie, jak wygląda sytuacja mieszkaniowa seniorów? Ilu takich seniorów jest więźniami w swoich własnych domach, swoich własnych mieszkaniach? Też jak rozwiązać tę sytuację? Jak tym osobom pomóc?

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani posłanka Monika Rosa zadała dużo pytań bardzo szczegółowych, bardzo istotnych, ważnych. Nie wiem, czy z państwa poziomu możemy oczekiwać odpowiedzi – jeżeli

przynajmniej na część, to bardzo proszę. Na pozostałe – bardzo proszę o przekazanie do ministerstwa i odpowiedź na piśmie, która trafi do nas do Komisji, bezpośrednio do mnie czy też do pani poseł. Myślę, że na część tych pytań pan dyrektor i państwo dyrektorzy jesteście w stanie odpowiedzieć.

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Dariusz Poznański:

Oczywiście, panie przewodniczący. Szanowna pani poseł, jeżeli chodzi o kolejki do ZOL i do ZPO – faktycznie jest tutaj lista oczekujących, ale listy oczekujących mamy w zasadzie w większości zakresów świadczeń. Tak po prostu funkcjonuje system opieki zdrowotnej – nasz i za granicą. Oceniając to w kontekście dostępności nakładów w porównaniu do innych państw OECD, to tutaj aspekt zamożności państw musi być brany pod uwagę. Natomiast wspomniana strategia deinstytucjonalizacji – tutaj mamy, dyskutując z Komisją Europejską, w zasadzie inne oczekiwania, bo Komisja Europejska nie chce, żebyśmy w naszych kierunkowych działaniach tworzyli dodatkowe miejsca opieki stacjonarnej, a na pewno nie będzie skłonna do tego, żeby przeznaczać na to dodatkowe środki finansowe. Tutaj jest trochę – z naszego punktu widzenia – pewnego rodzaju sprzeczność, bo absolutnie nie możemy się zgodzić na to, żeby przyjąć taki kierunek ograniczający liczbę miejsc stacjonarnej opieki długoterminowej.

Też startowaliśmy pewnie z niższego poziomu. Te potrzeby są w Polsce dłużej i będą wzrastały. Niezależnie od dyskusji z Komisją Europejską jest to problem, z którym się mierzymy i który mamy jak najbardziej na uwadze. Nie jest tak, że opiekunowie formalni, nieformalni są w stanie po prostu w środowisku pacjenta zająć się osobami wymagającymi 24-godzinnej czasem opieki, więc kwestia zapewnienia zwiększania dostępności do opieki długoterminowej jest u nas analizowana.

Jeżeli chodzi o strategię deinstytucjonalizacji, to tu pozwolę sobie odpowiedzieć za oba nasze resorty. Pani dyrektor jeszcze ewentualnie uzupełni oczywiście. My współpracowaliśmy. W ogóle jak się pojawiło hasło „strategia deinstytucjonalizacja", to najpierw próbowaliśmy ją pisać wspólnie. Natomiast później z uwagi na takie trochę rozbieżne punkty widzenia – ale nie merytoryczne, tylko trochę bardziej formalne, dlatego że my mamy inną optykę, to znaczy Ministerstwo Zdrowia widzi pacjentów, te osoby, które my obejmujemy naszymi działaniami, dla nas nie jest ważne, ile ktoś zarabia i w jakiej jest sytuacji życiowej, z kolei dla ministerstwa rodziny ten aspekt zdrowotny nie jest też na pierwszym miejscu, natomiast musi być spełniane kryterium dochodowe i ten warunek trudnej sytuacji życiowej – na takie spojrzenie różnych instytucji i różnych kryteriów wejścia po prostu nie byliśmy w stanie sporządzić jednego dokumentu, który byłby spójny z punktu widzenia instytucji i poszczególnych grup. Z tego powodu zapadła decyzja, żeby ująć to w dwóch kierunkowych dokumentach – strategii rozwoju usług społecznych, a u nas w osobnym dokumencie, który jest przyjmowany w drodze uchwały Rady Ministrów.

Co do kierunków – tutaj nie było żadnej rozbieżności. Oba dokumenty były konsultowane społecznie, ale też międzyresortowo. Jeżeli coś jest przyjmowane jako dokument rządowy, to zawsze jest tak, że musi być po prostu w kompromisie z innymi resortami. Te dwa dokumenty i te dwa nasze resorty były tutaj najbardziej zaangażowane, więc z naszej perspektywy nie ma tutaj żadnej rozbieżności. Nie mieliśmy żadnego sporu na żadnym etapie. Zastanawialiśmy się, czy pewne rzeczy można zrobić szybciej, wolniej, szerzej, ale co do zasadniczych kierunków nie było rozbieżności.

Jeżeli chodzi o osoby niesamodzielne i ich opiekunów, to też jest grupa, która wymaga i będzie wymagała takiego wsparcia, więc zarówno po stronie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej czy zadań realizowanych przez PFRON, czy też projektów unijnych, działań Ministerstwa Zdrowia – to wsparcie dla osób niesamodzielnych i opiekunów jest i będzie dostarczane w postaci opieki wytchnieniowej.

Chcemy też zrobić programy pilotażowe. Mamy je już rozpisane, jeżeli chodzi o wsparcie opiekunów osób wymagających, osób niesamodzielnych. Takie wsparcie psychologiczne i instruktaż po prostu, jak dostarczać pewnego rodzaju opiekę.

Na pytanie odnośnie do szczegółowych statystyk liczby opiekunów medycznych, jacy w ostatnich latach opuszczali mury uczelni, to tę odpowiedź pozwoliłem sobie przekazać pisemnie, bo nie mamy ze sobą takiej szczegółowej informacji, więc żeby to precyzyjnie państwu przekazać, to zrobimy to pisemnie.

Jeżeli chodzi o zapotrzebowanie opieki dla uchodźców z Ukrainy, to też mamy na uwadze, prowadzimy takie analizy, jeżeli chodzi o strukturę chorobowości, zapadalności w tamtej populacji i przez to jest takie mapowanie zapotrzebowania na opiekę. Wiemy, że na pewno będzie presja na nasz system ochrony zdrowia. Na razie ona nie jest za duża; widzimy to chociażby z samych statystyk szpitalnych. To jest około 1500–1800 osób, które są hospitalizowane. Jeżeli weźmiemy całe zasoby systemu, czyli około 180 tys. łóżek szpitalnych, to nie jest to na razie taka liczba, która jest, powiedzmy, zauważalna, ale oczywiście patrzymy też w przyszłość.

Jeżeli chodzi o koordynację między resortową czy koordynatora między ministerstwami – to jest postulat, który od czasu do czasu się powtarza, też w kontekście jakichś pomysłów na łączenie naszych resortów. Jednak jestem przekonany, że dobrze ze sobą współpracujemy, nie mamy tutaj jakichś dużych rozbieżności. Jesteśmy też członkami Rady Ministrów, więc za taką harmonizację tych polityk odpowiada pan premier i nasi ministrowie, którzy uzgadniają wiele rzeczy w bieżącej współpracy.

Jeżeli chodzi o wyceny świadczeń w zakresie opieki długoterminowej, to faktycznie w ostatnim czasie była pewna korekta. Przekażemy pani poseł informację też pisemnie, jak to wyglądało. To była retaryfikacja, to znaczy to było powrócenie do taryf, które były ustalone bodajże dwa albo trzy lata temu. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji po prostu popatrzyła, czy wycena kilka lat temu została przeprowadzona w sposób adekwatny do ponoszonych kosztów. Tam były pewne korekty w górę i chyba jedna korekta w dół. Natomiast to nie jest tak, że to ministerstwo na przykład dokonuje tej taryfikacji, że my, siedząc za biurkiem, ustalamy, że tutaj chcemy gdzieś lepiej, a gdzieś gorzej. To jest po prostu wycena według faktycznie ponoszonych kosztów raportowanych przez świadczeniodawców. Na podstawie tych zestawień jest obiektywnie ustalona nowa wycena w różnych zakresach, ale tutaj uzupełnimy tę informację.

To chyba tyle w naszm zakresie. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pani dyrektor Ułanowska również chciała uzupełnić odpowiedź. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MRiPS Lidia Ułanowska:

Szanowny panie przewodniczący, szanowna pani poseł, oczywiście porusza pani bardzo ważne tematy. Bardzo dziękujemy. Ja zawsze, jak uczestniczę w spotkaniach związanych z deinstytucjonalizacją, to jednak proponuję spowodowanie, abyśmy na oddzielnym posiedzeniu mogli rozmawiać, bo to jest tak duży i bogaty temat, a też i tej współpracy do tej pory było tak dużo i z tak wieloma podmiotami, że być może wówczas pani poseł miałaby całe spektrum tych ważnych problemów.

Jeśli chodzi o współpracę, to przy wszystkich zadaniach jesteśmy skoordynowani też w obszarze polityki senioralnej i pomocy społecznej dokumentem „Polityka społeczna wobec osób starszych". Działalność na rzecz osób starszych jest nie tylko skoordynowana, ale też zapisana w dokumencie rządowym, czyli my jesteśmy zobowiązani wszystkie dokumenty dotyczące osób starszych sobie pokazywać, wspierać się i koordynować na tym poziomie – jak powiada pan dyrektor Rady Ministrów.

Jeżeli chodzi o tematy szczegółowe, to dla zachowania też takiej równowagi, że pracuję w polityce senioralnej związanej z aktywnością seniorów, a pani Justyna Pawlak jest z nami tutaj zdalnie podłączona, napisałam do niej SMS. Ona w tej chwili może zabrać głos w tych obszarach, które angażują ją na co dzień, ale tam, gdzie nasz departament rzeczywiście we współpracy z ministrem zdrowia rozmawiał o deinstytucjonalizacji, o rozwoju usług. U nas deinstytucjonalizacja nabrała takiego charakteru – aby uciec od tego nazewnictwa kojarzonego z odchodzeniem w ogóle od instytucji – bogatego programu rozwoju usług na rzecz seniorów.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, pani Justyna Pawlak jest już z nami zdalnie. Chciałabym, żeby ona ten temat wypełniła stosowną treścią. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

W takim razie udzielam głosu pani. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej Justyna Pawlak:

Szanowny panie przewodniczący, szanowna pani poseł, drodzy państwo, nawiązując do tego, co powiedziała pani dyrektor Lidia Ułanowska, dokument, który został opracowany w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej „Strategia rozwoju usług społecznych" zawiera między innymi obszar działań na rzecz osób starszych czy osób z niepełnosprawnościami. Są to działania, które w perspektywie do 2030 r. będą rozwijane. To między innymi ten dokument był mocno konsultowany z przedstawicielami strony społecznej, organizacji pozarządowych. To, co wypracowały organizacje pozarządowe, to też zostało ujęte w tym dokumencie. Dokument był także konsultowany międzyresortowo, między innymi też z Ministerstwem Zdrowia. Obecnie dokument jest procedowany i jest na etapie przyjęcia przez komitet społeczny. Następnie przejdzie dalszą ścieżką procedowania.

To, na co zwracamy uwagę w kontekście osób starszych w strategii rozwoju usług społecznych, to jest przede wszystkim rozwój usług środowiskowych, ale tutaj chcemy zwrócić uwagę na to, że chcemy rozwijać usługi sąsiedzkie w miejscu zamieszkania osoby jako taką nową formę.

Ważnym elementem w kontekście obszaru osób starszych jest na pewno rozwój mieszkalnictwa, o którym wspomniała pani poseł. Zależy nam na tym, żeby w ramach regionalnych programów operacyjnych w regionach jednak powstawały mieszkania wspomagane dla osób starszych, mieszkania wspomagane z koszykiem usług. Na to chcemy położyć mocny nacisk.

Kolejnym działaniem w obszarze osób starszych sformułowanym w tym dokumencie jest otwarcie placówek domów pomocy społecznej na usługi środowiskowe. Jeżeli chodzi o kwestie mieszkalnictwa, to mocno podkreślamy to w tym dokumencie. Patrząc na to, jak mieszkania treningowe są wspierane teraz w systemie pomocy społecznej, chcemy ujednolicić i wprowadzić mieszkalnictwo wspomagane z usługami i w ramach środków unijnych bądź też programu „Za życiem". Teraz samorządy będą mogły wnioskować o to, żeby rozwijać takie mieszkania z usługami między innymi dla osób starszych czy osób z niepełnosprawnościami.

Jeżeli chodzi o kwestię – tutaj pani poseł poruszyła też z naszego obszaru – wsparcia systemowego opieki całodobowej, to w ramach naszego resortu co roku następuje wsparcie dla domów pomocy społecznej. W 2020 r. w okresie pandemii to ponad 200 mln na wsparcie domów pomocy społecznej ze środków europejskich i 131 mln na wsparcie z rezerwy celowej naszego resortu, z rezerwy celowej pomocy społecznej. W 2021 r. to około 90 mln. W tym roku kwota na domy pomocy społecznej albo na dodatkowe wsparcie to już 50 mln z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Oczywiście my te środki po wydatkowaniu przez DPS sobie sprawdzamy i większość środków przeznaczanych jest na dodatkowe wynagrodzenia dla kadry domów pomocy społecznej.

Jeżeli chodzi o kwestię obecną, czyli zabezpieczenie osób, które przybywają do nas z Ukrainy, a wymagają całodobowej opieki, to na bieżąco, bo dokładnie co dwa dni, spotykamy się z wydziałami polityki społecznej i omawiamy tę sytuację, między innymi pytając też o to, czy przybywają osoby z Ukrainy, które wymagają całodobowej opieki. Pojedyncze głosy, pojedyncze sygnały są w niektórych województwach. Wspólnie z dyrektorami wydziałów polityki społecznej będziemy rozważać, żeby w ramach funduszu pomocy to działanie wesprzeć.

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Tylko że Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 chyba kończy się 31 marca tego roku i były to dodatkowe środki. Nie wiem, czy teraz kontynuacja tej pomocy, nawet dla DPS, z tego funduszu, który się kończy, będzie mogła być kontynuowana z innych środków.

Teraz chciałem poprosić pana profesora Tomasza Targowskiego, konsultanta krajowego do spraw geriatrii. Prosił o głos. Panie profesorze, bardzo proszę.

Nie słychać pana. Niestety nie słyszymy. Proszę mikrofon włączyć czy w jakiś inny sposób. Próbujemy, próbujemy. Jeszcze chwilkę. Panie profesorze, na swoim własnym komputerze trzeba odblokować mikrofon, głośność, bo nic nie słyszymy. Pan profesor wyszedł i powiedział, że niestety… Mam nadzieję, że pan profesor wróci i udzieli nam cennych informacji.

Może w tym czasie poprosimy następną osobę, która się zgłaszała do głosu. To jest pani Krystyna Korycińska, prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

Ale momencik, bo pan profesor już tutaj ma nowy, doskonały sprzęt. Może tym razem się uda. Panie profesorze, próbujemy. Może w komputerze jest wyłączony głos. Może się uda. Panie profesorze, może jeszcze parę minut popróbujemy, a w tym czasie pani prezes Korycińska. Bardzo proszę, jeżeli jest jeszcze z nami.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Krystyna Korycińska:

Tak, jestem. Czy mnie słychać?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Słychać bardzo dobrze, ale jeszcze czekamy na głos pana profesora. Pani prezes, bardzo proszę.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Krystyna Korycińska:

Dobrze. Przepraszam, że nie włączę wizji, ponieważ mam dzisiaj tak, że mam albo wizję, albo fonię. Dorota Korycińska, prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

Chciałam zapytać przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, jak ma wyglądać, czy w ogóle jest planowana jakaś promocja programu Profilaktyka 40+ i w ogóle profilaktyki onkologicznej, o której wiadomo, że jest coraz słabsza.

Jeżeli mówimy o przedłużaniu, o dłuższym życiu osób starszych, to nie możemy pomijać kwestii zdrowia i tego, żeby osoby starsze miały dostęp właśnie do takich badań, które między innymi są zapisane w programie Profilaktyka 40+. Natomiast według informacji z lutego tego roku zaledwie 358 tys. Polaków wykonało dotąd badania z tego programu z 20 mln osób uprawnionych, z których większa część grupy to są z pewnością osoby starsze.

Chcę się z państwem podzielić pewną refleksją. Ja ten weekend spędziłam w Olsztynie u moich rodziców, którzy są 75+, tata ma 80 lat. Mówiłam im o tym programie właściwie zaraz na samym początku, jak powstał, ale ze względu na problemy zdrowotne nie mogli zrealizować badań. Teraz im przypomniałam. Szanowni państwo, moja mama obdzwoniła wszystkie swoje koleżanki, właśnie w wieku 70+. Nikt o niczym nie wiedział, nikt o niczym nie słyszał. Wszystkie były zdumione, że w ogóle jest taki program. Oczywiście ochoczo powiedziały, że z tego skorzystają. Nie ma takiej informacji u lekarzy POZ, nie trafiają na żadne informacje, na przykład jakieś ulotki albo plakaty w podstawowej opiece zdrowotnej, w przychodniach, poradniach, a przecież to są osoby, które dosyć często w tych miejscach przebywają.

W związku z tym ten program został określony jako fiasko. Wydaje mi się, że przede wszystkim dlatego, że nie ma właściwej promocji. W związku z tym chciałam zapytać Ministerstwo Zdrowia, czy przedłużając kolejny raz terminy, przedłużając ten program, planuje jakieś działania promocyjne, informujące. To jest bardzo dużo osób. Tutaj nie chodzi o profilaktykę onkologiczną, bo akurat badań w kierunku nowotworów jest stosunkowo niewiele. Natomiast osoby mogą sobie sprawdzić ciśnienie, poziom cukru i wiele, wiele innych, które szczególnie z wiekiem stają się coraz większym problemem.

Chciałam też wspomnieć jeszcze o badaniach profilaktycznych w innych nowotworach. Już nie będę tutaj wyszczególniać, ale również zgłaszalność na te programy drastycznie spada, co oznacza, że wiek życia Polaków się sukcesywnie zmniejsza. To też jedna z przyczyn. I oczywiście mamy więcej chorych, więcej osób niezdiagnozowanych albo bardzo późno zdiagnozowanych z tą właśnie wspomnianą wielochorobowością. Stanowczo gorzej się leczy pacjenta onkologicznego, jeżeli jeszcze dodatkowo ma choroby współistniejące typu cukrzyca albo zbyt wysokie ciśnienie, albo jeszcze jakieś inne problemy wynikające z tego, że zaniedbano czy zaniedbał swoje zdrowie.

Chciałam więc zapytać, jeżeli mogę uzyskać taką informację ze strony Ministerstwa Zdrowia, czy planuje przedsięwziąć jakieś działania informacyjne, promocyjne w zakresie programu Profilaktyka 40+ oraz innych programów profilaktycznych.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani prezes.

Na ten temat rozmawialiśmy wielokrotnie. Nawet na naszej podkomisji do spraw zdrowia publicznego również temat profilaktyki jest zawsze poruszany, ale zgłaszalność jest naprawdę dramatycznie niska. Rzeczywiście promocja tych programów może nie dociera do środowisk. Ale to jest chyba kwestia komunikacji z podstawą opieką zdrowotną.

Jeżeli pan dyrektor mógłby parę słów na ten temat, to bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Dariusz Poznański:

Oczywiście. Jesteśmy teraz na etapie analizy wszystkich danych dotyczących korzystania, jakie spłynęły do nas w ramach programu Profilaktyka 40+. Oprócz takiej analizy ilościowej robimy też analizę jakościową, jeżeli chodzi właśnie o te przyczyny, czemu ktoś na przykład dotarł tylko do połowy programu, czyli tylko wypełnił ankietę, ale już nie poszedł do laboratorium, żeby wykonać badania, jakie są postulaty ewentualnych zmian przy kolejnej edycji tego programu. Tak jak pani prezes wspomniała, on faktycznie jest do końca czerwca na razie w takiej wersji. Postulaty, które do nas trafiają, będą brane pod uwagę.

Jeżeli chodzi o promocję, to oczywiście, jak najbardziej. Widzieliśmy po statystykach, że aktywności promujące program skutkowały jego większym zainteresowaniem, więc to jak najbardziej mamy na uwadze. Jeżeli chodzi o programy przesiewowe w kierunku innych nowotworów, to tutaj faktycznie też zgłaszalność nam spadła. To jest trochę ta bolączka. Patrząc z najszerszej perspektywy zdrowia publicznego, mamy takie wyzwanie, że tych programów profilaktycznych, edukacyjnych, przesiewowych jest bardzo dużo i ich liczba się zwiększa, natomiast musimy się jednak skupić na tym, żeby poprawić zgłaszalność. Mamy to na uwadze, jeżeli chodzi o nasze państwowe screeningi. Teraz w Ministerstwie Zdrowia dyskutujemy, w jaki sposób tę zgłaszalność odtworzyć na wysokim poziomie. Jest to element strategii wychodzenia z COVID, odzyskiwania wysokiego poziomu zdrowia. Bardzo dziękuję za zwrócenie uwagi na ten aspekt.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie dyrektorze, mam takie wrażenie, że czasem są takie bardzo prozaiczne powody przerwania badań diagnostycznych. Wskażę tylko na takie coś jak badanie moczu, które trzeba przynieść do laboratorium. Może to brzmi tak dosyć śmiesznie, ale naprawdę dla niektórych to jest wielkie wyzwanie i powoduje, że nie wchodzą kompletnie w ten projekt. Myślę, że dlatego też niektóre badania można by zweryfikować co do celowości.

Próbujemy może jeszcze raz z panem profesorem, jeżeli się uda. Czy pan profesor Targowski jest jeszcze z nami, czy już się wylogował?

Niestety. Jeżeli ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos, to bardzo proszę. Jeżeli nie, to dziękuję serdecznie.

Jeszcze raz proszę o odpowiedź pisemną na te pytania, które zadała pani posłanka Rosa. Chcielibyśmy je mieć w formie papierowej. Szkoda, że nie uczestniczy z nami nikt z przedstawicieli ministerstwa – w sensie osób, które mogłyby wskazać jakieś kierunki. Państwu jako merytorycznym pracownikom bardzo dziękuję. Mam też takie przekonanie, że czasami z państwem można więcej uzyskać informacji niż z osobami funkcyjnymi, mówiąc oczywiście troszkę żartobliwie. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie i jeszcze raz bardzo proszę o odpowiedzi na piśmie. Dziękuję bardzo i zamykam posiedzenie.